

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1896, à 9 heures

Par J.-B. ESPINAT,

Né à Brives (Corrèze), le 4 avril 1860.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
IRIDO-CHOROÏDITES MÉTRITIQUES

Président : M. PANAS, professeur.

Professeur : M. POUCHET.

Agrégés : MM. { NELATON.
ANDRÉ.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

505

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1896, à 9 heures

Par J.-B. ESPINAT,

Né à Brives (Corrèze), le 4 avril 1860.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

IRIDO-CHOROÏDITES MÉTRITIQUES

Président : M. PANAS, professeur.

Professeur : M. POUCHET.

Agrégés : MM. { NELATON.
ANDRÉ.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	
	Professeurs.....	
Anatomie.....		BROUARDEL.
Physiologie.....		MM.
Physique médicale.....		FARABEUF.
Chimie organique et chimie minérale.....		CH. RICHT.
Histoire naturelle médicale.....		GARIEL.
Pathologie et thérapeutique générales.....		GAUTIER.
Pathologie médicale.....		N....
		BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale.....		DIEULAFOY.
Anatomie pathologique.....		DEBOVE.
Histologie.....		LANNELONGUE.
Opérations et appareils.....		CORNIL.
Pharmacologie.....		MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.....		TERRIER.
Hygiène.....		POUCHET.
Médecine légale.....		LANDOUZY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		PROUST.
Pathologie expérimentale et comparée.....		BROUARDEL.
		LABOULBENE.
		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAUX.
		BERGER.
		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		PANAS.
Clinique ophthalmologique.....		TARNIER.
Clinique d'accouchement.....		PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HEIM.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	RETERER.	WIDAL.
CHARBIN.	MARFAN.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARIE.	ROGER.	
GAUCHER.	MAYGRIER.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

Professeur de Clinique ophthalmologique de la Faculté de Médecine.

Membre honoraire et ancien président de la Société de Chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur.



AVANT-PROPOS



Nous avons eu récemment l'occasion d'observer à la clinique de notre maître, le D^r Vignes, deux cas d'irido-choroïdites liées à des lésions utérines. Frappé du silence des auteurs à ce sujet et de l'importance du traitement utérin pour arriver à la cure de la lésion oculaire, nous avons résolu d'étudier cette question dans notre thèse inaugurale.

Nous avons bien trouvé de nombreuses observations de troubles oculaires accompagnant les troubles de la menstruation ; mais, si l'on serre de près la question, si l'on étudie avec soin les faits cités, on est surpris de la brièveté des détails ; de sorte qu'on peut se demander si l'utérus est bien en cause, s'il est bien le point de départ de l'infection, si, au lieu d'un rapport de cause à effet entre la lésion utérine et le trouble oculaire, il n'y a pas simplement coïncidence.

Toutefois, dans certaines observations, il n'y a pas

de doute : les poussées d'irido-choroïdite reviennent tous les mois, coïncidant avec l'époque menstruelle; il serait difficile de nier l'action de la menstruation. Dans ces cas cependant, il peut se faire que la lésion irienne soit antérieure, qu'elle se soit développée sous l'influence d'un traumatisme ou d'une diathèse et qu'alors les troubles de la menstruation jouent un rôle dans la production des poussées successives que l'on observe du côté de l'organe de la vision. Nous étudierons donc ces cas, tout en nous attachant surtout aux irido-choroïdites, reconnaissant pour cause provocatrice une lésion utérine.

Dans un premier chapitre, nous examinerons rapidement les travaux qui ont été faits sur ce sujet.

Puis nous essaierons de donner les principaux signes qui permettent de reconnaître une irido-choroïdite métritique.

Le 3^e chapitre sera consacré à la pathogénie de ces irido-choroïdites; nous nous efforcerons d'exposer les diverses théories pathogéniques émises, pour conclure à la nature infectieuse des accidents oculaires.

Dans le 4^e chapitre, nous parlerons de la méthode de traitement que nous avons vu employer par notre maître.

Enfin, viendront les observations qu'il nous a été donné de recueillir. Nous avons éliminé celles où l'origine utérine de l'infection oculaire pouvait être mise en doute, pour ne retenir que les plus complètes et les plus probantes.

Avant d'entrer en matière, il nous est particulière-

ment agréable de payer la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers nos maîtres des hôpitaux de Paris.

Une large part de nos meilleurs souvenirs sera réservée à nos premiers maîtres de l'école de Limoges.

M. le professeur Panas a daigné accepter la présidence de notre thèse ; qu'il reçoive, en même temps que nos plus vifs remerciements, l'assurance de notre profonde gratitude.

Merci à M. le professeur agrégé Achard pour l'extrême bienveillance dont il nous a donné maintes preuves.

M. le docteur Vignes, en nous permettant de suivre ses excellentes leçons à sa clinique et en nous fournissant le sujet de ce travail, s'est acquis des droits à notre reconnaissance. Nous sommes heureux de lui adresser nos remerciements.

Remercions aussi notre excellent ami, M. Lavillauroy, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous aider de ses conseils éclairés.





CHAPITRE PREMIER.



Historique.



Faire l'historique complet des travaux qui ont été faits sur les relations des maladies de l'œil et des troubles de la menstruation serait chose longue et difficile. Nous nous bornerons à signaler les principaux.

Depuis longtemps ces troubles sont indiqués. Hippocrate avait déjà remarqué des lésions de l'œil au moment des règles; bien mieux, il avait observé des panophtalmies puerpérales; pour lui, les lochies se portaient vers l'œil, et quand l'œil était atteint dans la puerpéralité, le pronostic était grave, si bien qu'il ajoutait : « Si la femme en réchappe, elle restera entièrement aveugle.

Plus tard ces relations entre l'utérus et l'œil ont passé inaperçues ; ce n'est que dans les travaux de la dernière moitié du XVIII^e siècle que nous les trouvons de nouveau signalées.

Tenon observe, pendant l'épidémie de l'Hôtel-Dieu de 1774 et 1775, des troubles oculaires dans la puerpéralité. Graves signale d'autres faits semblables en 1833. Plus tard, ces panophtalmies de la puerpéralité sont bien décrites sous le nom d'ophtalmies métastatiques.

A côté de ces lésions suppuratives, d'ordre infectieux, on a ensuite noté de nombreuses lésions de l'œil coïncidant avec la menstruation ou dépendant de troubles de la menstruation. Mais ces faits sont mal classés, tous sont expliqués par des phénomènes réflexes, à point de départ utérin. On décrivait, en effet, des lésions oculaires disparates observées au moment des règles, à la puberté ou à la ménopause, et on leur assignait à toutes le même mécanisme de production.

Ce n'est que depuis quelques années qu'on a essayé d'ordonner ces faits. L'impulsion est donnée par Cohn qui, dans son travail « Uterus und auge », signale les affections oculaires liées à la menstruation. Chemin faisant, il indique les irido-choroïdites infectieuses à point de départ utérin.

Mais, avant lui, de nombreux travaux avaient été publiés en France et à l'étranger, travaux qu'il a largement mis à contribution.

Sichel, en 1840, puis Kolb en 1847, signalent des

iritis aménorrhéiques dont la nature leur est inconnue ; aussi, pour expliquer leur mode de production, ils invoquent des phénomènes réflexes à point de départ utérin.

De Wecker, en 1867, remarque la corrélation entre l'état du tractus uvéal et l'état du système utérin ; pour cet auteur, la perturbation du flux menstruel détermine chez quelques femmes soit l'apparition, soit l'aggravation d'une iritis ou d'une choroïdite.

Thaon, dans sa thèse (1878), signale plusieurs cas d'iritis d'origine utérine, mais la pathogénie n'est pas toujours bien établie ; on peut se demander si, dans les cas qu'il cite, ne rentrent pas des troubles oculaires coïncidant simplement avec des troubles de la menstruation. Levat, dans sa thèse (1878), cite une observation d'Abadie prise avec le plus grand soin, où l'on ne peut nier le rapport de cause à effet entre la lésion utérine et les poussées d'irido-choroïdites à rechutes.

Mais quelque probantes que soient les observations de ces divers auteurs, il faut arriver à l'ère de la bactériologie pour voir interpréter le mécanisme de production de ces irido-choroïdites.

Quand, en effet, on a appris à mieux connaître les iritis métastatiques, les irido-choroïdites des rhumatismes, de la blennorrhagie, de la fièvre typhoïde, de la puerpéralité, etc., on a été amené à penser que toutes les infections pouvaient donner naissance à des irido-choroïdites, si bien que de Wecker a pu dire : « Pas d'inflammation possible de l'iris sans infection préalable. »

Cohn a bien vu ces irido-choroïdites, mais il est encore embarrassé pour savoir si elles sont dues à l'infection ou à un réflexe d'origine utérine.

En juin 1890, Trousseau présente à la Société d'Ophthalmologie de Paris une observation très détaillée où apparaît manifestement la nature infectieuse et l'origine utérine d'une irido-choroïdite à hypopion.

En 1892, Rancurel signale cette forme d'irido-choroïdite.

Bastide, tout en s'occupant des lésions oculaires liées à la grossesse et à l'accouchement, cite des cas d'irido-choroïdites plastiques où la même pathogénie, c'est-à-dire l'infection, est invoquée.

Depuis, cette question a été étudiée à plusieurs reprises dans des thèses de Paris et de Montpellier.

Dans son traité des maladies des yeux, le professeur Panas signale les irido-choroïdites métritiques.

Enfin, notre maître, le Dr Vignes, communique à l'Académie de Médecine en juin 1896 un résumé d'une des observations qui font le sujet de cette thèse.





CHAPITRE II.



Symptomatologie.



Tous les auteurs qui se sont occupé des irido-choroïdites que nous étudions leur ont assigné comme caractères saillants un développement lent et des poussées successives survenant au moment des règles.

Dans l'observation d'Abadie citée par Levat, nous trouvons, en effet, ce début lent et cette répétition des accidents aux époques menstruelles. Les mêmes faits sont signalés par Trousseau, par Cohn, par Janot.

Le plus souvent les malades ne savent à quelle époque faire remonter l'apparition des troubles oculaires; elles ont bien remarqué qu'ils coïncidaient avec le

moment de leurs règles ; mais ce n'est qu'à la longue qu'elles sont arrivées à se rendre compte du mauvais état de leur vision.

On n'a donc point ce début brusque qu'on rencontre souvent dans l'iritis rhumatismale et dans l'iritis syphilitique. Les douleurs de tête, les douleurs à la tempe font le plus souvent défaut, ou si elles existent, elles sont assez légères pour que les malades n'y prêtent pas grande attention, les attribuant aux troubles utérins. Elles s'en inquiètent si peu qu'elles ne vont même pas consulter ; aussi quand on est appelé à les voir, les lésions oculaires sont déjà étendues, profondes, et le diagnostic devient facile.

Ces céphalées légères surviennent surtout au moment des règles ; elles sont rares dans les périodes intermenstruelles où tous les accidents tendent à s'atténuer.

Mais les troubles de la vision ne tardent pas à les préoccuper. Le plus souvent un œil est pris d'abord ; il semble à la malade qu'elle voit se déplacer des corps flottants, mobiles. Le second œil est atteint à son tour et présente les mêmes accidents. Toujours les troubles de la vision précèdent les signes physiques. Une première époque passée, tout rentre dans l'ordre jusqu'au mois suivant où les mêmes phénomènes se reproduisent, plus marqués cette fois. La vision est peu distincte ; il y a encore des flocons, mais la vue est plus trouble ; souvent les malades ont de la photophobie, du larmolement ; les troubles visuels vont ainsi s'accroissant, l'acuité visuelle s'affaiblissant à chaque épo-

que menstruelle pour s'améliorer légèrement dans la période intercalaire.

Les signes physiques que l'on observe chez ces malades sont ceux d'une irido-choroïdite plastique, plus rarement ceux d'une irido-choroïdite séreuse. Quelquefois, si l'inflammation est plus violente, il y a un peu d'hypopion qui se résorbera après la poussée.

La forme plastique est de beaucoup la plus fréquente. Les premiers accidents passeront presque inaperçus ; en effet, avant qu'on observe une lésion extérieure, il y a des troubles des milieux, la zone ciliaire étant atteinte la première.

Si l'on cherche à examiner l'œil avec un miroir peu éclairant, on remarquera déjà un trouble des milieux ; puis on constatera une injection périkeratique assez prononcée. Si on exerce une légère pression au niveau de la région scléro-cornéenne, on constate qu'elle est douloureuse. Plus tard, quand plusieurs poussées se seront produites, le diagnostic sera plus aisé, l'iris étant atteint à son tour. L'iris, en effet, devient dépigmenté, vascularisé ; la pupille est rétrécie par suite du gonflement de l'iris ; elle réagit mal à la lumière ; on voit quelquefois à son niveau une sorte d'exsudat. Si l'on instille de l'atropine, on note la présence de synéchies postérieures qui, de bonne heure, deviennent très résistantes : aussi la pupille se dilate-t-elle irrégulièrement. Si les synéchies se rompent, on aperçoit sur la cristalloïde antérieure un pointillé noir résultant du dépôt sur cette membrane de l'épithélium postérieur de l'iris.

En un mot, ce sont là les signes de l'irido-choroïdite plastique qu'il nous a été donné d'observer dans les deux cas qui se sont offerts à nous.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et on peut rencontrer aussi la forme séreuse.

Mêmes signes à peu près au début. Mais, à la période d'état, à côté de l'injection périkeratique, on voit que la cornée présente un piqueté très fin, souvent difficilement perceptible à la loupe, piqueté qui, à un examen rapide, pourrait être pris pour des lésions de kératite interstitielle. Il sera facile d'éviter cette erreur par l'éclairage oblique ; on verra en effet qu'il occupe la face postérieure de la cornée.

Enfin si l'infection a été plus intense, les phénomènes pourront se montrer plus aigus et on pourra observer les symptômes de la scléro-choroïdite suppurative s'accompagnant de chémosis assez intense et d'hypopion.

Si l'on cherche à voir la pupille, on ne l'aperçoit qu'à travers un nuage plus ou moins épais suivant l'époque à laquelle on examine et suivant l'intensité de la poussée inflammatoire.

L'humeur aqueuse et l'humeur vitrée sont en effet troubles, contiennent de nombreux flocons que l'on voit bien en examinant l'œil avec un miroir peu éclairant.

Si on observe pendant une période intermenstruelle, le fond de l'œil se voit plus facilement, les milieux sont moins troubles.

Si la malade n'est pas convenablement soignée, si,

parallèlement au traitement général et au traitement ophtalmologique, on n'institue pas un traitement utérin, on voit survenir les accidents des irido-choroïdites pouvant aller jusqu'à la perte de la vision. Des complications peuvent en effet survenir, complications qui sont celles de l'irido-cyclite en général.

Dans notre observation, nous signalons l'existence de synéchies postérieures très épaisses qui ont amené l'exclusion pupillaire. Dans certains cas, on a vu survenir des poussées de glaucome; d'autres fois, c'est une occlusion pupillaire ou bien une cataracte. Enfin si les poussées se répètent plus fréquemment, le champ visuel est de moins en moins étendu par suite de l'envahissement de la choroïde; l'acuité visuelle diminue, la tonicité oculaire tombe au-dessous de la normale et on arrive à la perte de la vision.

Si, au contraire, le foyer d'infection est supprimé comme cela est arrivé dans le cas de Vignes, la marche de l'affection est bien différente.

Les lésions cessent de progresser, les milieux s'éclaircissent, les poussées, de plus en plus rares, finissent par disparaître et la vue devient d'autant plus distincte que la lésion était moins étendue et moins ancienne.

Il importe donc de faire le diagnostic étiologique de bonne heure, de tourner son attention du côté de l'utérus, si l'on ne peut invoquer le rhumatisme ou la syphilis comme cause de l'iritis. Si la marche d'une irido-choroïdite est lente, si les poussées surviennent au moment des règles, on devra toujours se demander s'il ne s'agit pas d'une irido-choroïdite métritique.

Y a-t-il des lésions utérines exposant plus particulièrement aux complications oculaires? Il est bien difficile de se faire une opinion à cet égard étant donné le petit nombre de cas observés.

Dans le cas observé par le Dr Vignes, il s'agissait d'une métrite parenchymateuse avec hypertrophie glandulaire considérable, métrite d'origine puerpérale; le col était légèrement déchiré, présentait de l'ectropion de sa muqueuse; le corps était un peu hypertrophié, douloureux à la pression; de l'utérus s'écoulait un liquide louche peu abondant; les ovaires étaient sains, les règles, régulières, sans écoulement considérable.

Dans un autre cas que nous avons pu observer, il s'agissait d'une métrite hémorrhagique; les règles étaient irrégulières, mais très abondantes: les troubles ont totalement cessé à la ménopause.

Trousseau dit simplement qu'il a vu survenir des poussées d'irido-choroïdite dans une métrite catarrhale.

Dans les différentes observations que nous avons pu relever, si les lésions oculaires sont observées avec un soin méticuleux, il n'en est pas de même des troubles utérins. Toutefois, il semble ressortir de ces observations qu'en général on constate les lésions oculaires dans les métrites s'accompagnant d'écoulement séropurulent abondant et de règles irrégulières, d'augmentation de volume de l'utérus.

Dans aucun cas, nous ne voyons des lésions d'irido-choroïdite signalées dans des métrites limitées au col; presque toujours la muqueuse du corps semble avoir

été profondément atteinte et avoir donné lieu à un écoulement séro-purulent.

Quoiqu'il en soit, nous devons nous rappeler que les lésions irido-choroïdiennes, tout en étant rares dans les lésions utérines, peuvent se rencontrer dans les métrites. Cette remarque a son importance, puisque la guérison de la lésion oculaire ne peut parfois être obtenue qu'au prix de la cure préalable de la lésion utérine.





CHAPITRE III



Etiologie. — Pathogénie.



Il ne faut pas remonter bien loin pour voir que la plupart des affections du tractus uvéal étaient considérées soit comme dues à la propagation d'une inflammation de voisinage, soit comme idiopathiques.

L'observation plus attentive des malades et de leur tempérament a permis, dans la seconde moitié de ce siècle, de détacher du groupe des irido-choroidites idiopathiques des iritis que l'on a pu rattacher au tempérament du sujet. C'est ainsi que l'on a décrit des iritis syphilitiques, rhumatismales, scrofuleuses, diabétiques. La question de terrain est donc intervenue; l'étude de la pathologie générale a permis de grouper,

de rattacher à une cause, des affections oculaires dont jusque-là la pathogénie était inconnue.

Mais si les rhumatisants, les arthritiques, les diathésiques, en un mot, sont surtout exposés aux manifestations morbides du côté du tractus uvéal, il ne faudrait pas incriminer uniquement la diathèse chaque fois qu'on trouvera une manifestation oculaire chez ces sujets prédisposés; il faut tenir compte des causes adjuvantes qui deviennent efficientes chez un sujet prédisposé.

Certes, il n'est pas possible de nier la nature rhumatismale de certaines iritis; mais, trop souvent, pour cacher l'ignorance où nous sommes de la cause provocatrice d'une irido-choroïdite, nous voyons employer le mot d'iritis rhumatismale, alors que le rhumatisme n'est nullement en cause. Bien qu'il doive être souvent incriminé, il ne mérite pas le rang qu'on lui a donné dans l'étiologie des irido-choroïdites.

Depuis la publication des travaux de Cohn, de Trousseau, de Panas, de de Wecker, un nouveau groupe étiologique d'affections irido-choroïdiennes a été décrit: ce sont les irido-choroïdites infectieuses. Nombreuses sont les irido-choroïdites rentrant dans cette classe; toutes les suppurations peuvent les provoquer quel que soit le point de départ. Ce groupe augmentera sans doute encore aux dépens des irido-choroïdites dites idiopathiques qui sont destinées à disparaître de la nomenclature avec les progrès de la pathogénie.

Dans la seconde moitié de ce siècle, on a observé des panophtalmies au cours de l'infection purulente et de l'infection puerérale: on les avait dénommées

ophthalmies métastatiques. A l'heure actuelle, la métastase a fait son temps et a fait place à la théorie de l'infection due toujours à une bactérie. Ces panophthalmies ont été étudiées avec un grand soin ; souvent l'espèce microbienne qui leur avait donné naissance a été nettement déterminée.

Mais ce n'est que depuis la communication de Trousseau à la Société d'ophtalmologie (1890) qu'on a encore rattaché à l'infection certaines classes d'iritis d'origine utérine dont nous donnons deux observations détaillées.

On peut se demander dans quelles affections utérines s'observent ces manifestations oculaires ? par quel mécanisme elles se produisent ? quels sont les agents qui y donnent lieu ? Nous allons essayer d'étudier ces trois points en utilisant les observations qui sont indubitablement des observations d'irido-choroïdites d'origine métritique et les nôtres particulièrement. Malheureusement ces observations sont rares et souvent incomplètes.

Nous avons bien trouvé dans le travail de Cohn, dans la thèse de Janot, de Montpellier, de nombreux cas d'iritis ou d'irido-choroïdites, dites d'origine utérine, mais souvent on est tenté de se demander si ces lésions ne reconnaissent pas une autre pathogénie.

Des observations que nous citons, il résulte que toujours la lésion oculaire a été en rapport avec une infection utérine. Généralement l'infection génitale était peu intense. A côté de faits, tels que celui de Truc, où nous voyons l'iritis succéder immédiatement à un

accouchement fait dans de mauvaises conditions d'asepsie, nous en citons d'autres, notamment ceux de Trousseau, d'Abadie, de Vignes, où le point de départ a été une métrite ancienne. Le plus souvent, celle-ci se caractérisait par des règles douloureuses, des douleurs violentes dans les reins, dans la partie supérieure des cuisses; l'utérus était augmenté de volume; souvent il y avait une éversion des lèvres du col. Les pertes entre les règles étaient abondantes, les annexes étaient indemnes. Dans un cas, l'examen histologique du curettage de l'utérus a permis de constater qu'on était en présence d'une métrite parenchymateuse avec hypertrophie notable des glandes. La muqueuse était considérablement épaissie et fongueuse; par places l'épithélium faisait défaut.

On peut se demander si ce n'est pas dans cette forme de métrite que l'on observe plus spécialement l'infection oculaire; il serait téméraire de porter un pareil jugement, puisque l'examen de la muqueuse n'a pu être fait que dans un seul cas.

Il semble cependant que ce soit surtout dans les métrites où la sécrétion purulente est abondante, où la muqueuse épaissie, fongueuse, résorbe facilement les produits qui sont en contact avec elle, que l'on observe plus fréquemment l'irido-choroïdite métritique.

Certes la question de terrain ne doit pas être écartée : ainsi, dans l'observation de Trousseau, nous voyons que la malade était rhumatisante; dans celle d'Abadie, il s'agissait d'une lymphathique; la malade

de Vignes était d'une constitution fièvre, avait un sommet douteux. Évidemment le terrain a son importance comme cause prédisposante.

De même les lésions oculaires antérieures développées sous l'influence d'une autre cause, telles que le rhumatisme, la syphilis, favorisent les nouvelles atteintes en créant un « locus minoris resistentiæ ». De Græfe expliquait les poussées nouvelles d'iritis dans la menstruation par les tiraillements de l'iris dus à la présence de synéchies postérieures. Le rôle de ces synéchies ne serait-il pas de créer un point moins résistant, plus facilement atteint par l'infection ? Les choréïdites antérieures, tous les troubles de l'organe de la vision pourront jouer le même rôle de cause prédisposante.

A côté de la question de terrain, il y a aussi celle de l'infection.

Il y a quelques années, l'infection comme cause productrice des iritis était à peu près inconnue ; Cohn lui-même se demandait s'il ne s'agissait pas d'actions réflexes. Pour lui, au moment des règles, il y a une élévation de la pression sanguine par excitation des plexus utéro-ovariens lors de la rupture du follicule de Graaf ; cette excitation se transmet au plexus sacré et au grand sympathique. De cette augmentation de pression résultent la rupture de vaisseaux peu résistants ou des hyperhémies veineuses, telles que celles du tractus uvéal. Cet auteur cite, à l'appui de sa thèse, des expériences probantes. Mais l'inflammation choréïdienne, pas plus que toute autre inflammation, ne peut

être produite par une pareille cause. Pour lui, d'ailleurs, les tiraillements utérins dans les hémorrhagies abondantes, l'aménorrhée, peuvent causer des troubles oculaires explicables par le même mécanisme. Il semble plutôt que ces manifestations du côté de l'organe de la vision soient d'ordre névropathique et surviennent chez des hystériques.

Ainsi que l'a démontré Janot dans sa thèse, toutes les affections oculaires d'ordre inflammatoire reconnaissent pour cause l'infection. Les autres manifestations nerveuses survenues sous l'influence de troubles utérins sont d'ailleurs passagères et ne laissent souvent pas de traces de leur existence à un moment donné.

D'autres auteurs ont prétendu que ces poussées iriennes au moment des règles étaient sous la dépendance directe de l'action débilissante de la menstruation, faisant jouer un rôle à l'altération du sang. Il y a bien altération du sang, mais cette altération est due à la présence de germes.

On trouvera l'observation détaillée de Truc à la fin de ce travail. Dans ce cas, les troubles utérins étaient peu accentués, l'infection puerpérale fut légère, atténuée, sans réaction thermique notable; l'irido-choroïdite céda facilement quand on traita l'utérus.

Lorsque, dans la puerpéralité, l'infection est très intense, si l'on observe des manifestations oculaires, elles se traduisent par des lésions suppuratives qui entraînent la fonte purulente de l'œil. Si, au contraire, l'infection générale de l'organisme est moins pronon-

cée, on voit survenir des manifestations oculaires analogues à celles du rhumatisme, c'est-à-dire des lésions non suppuratives de l'iris et de la choroïde.

Pourquoi, dira-t-on, les poussées se montrent-elles surtout au moment des règles?

De Wecker, Salies ont insisté sur ce fait, qu'à l'époque de la menstruation l'épithélium utérin se desquame; à ce moment la barrière est ouverte; les colonies microbiennes qui se trouvent dans l'utérus peuvent pénétrer facilement dans la circulation générale. Alors, ainsi que le dit Cohn, il existe une congestion normale du côté des veines du tractus uvéal. Chez un sujet prédisposé, il n'est pas étonnant que des colonies microbiennes viennent se fixer sur ce point faible à chaque époque menstruelle; et la lésion installée une première fois, les chances d'infection seront encore plus grandes.

Les auteurs donnent peu de renseignements au sujet de l'espèce microbienne qui peut provoquer de telles poussées.

Grandchamp croit à un microbe spécial. Bastide signale le streptocoque dans un cas. Trousseau (1890) a fait examiner le pus contenu dans la chambre antérieure de l'œil de sa malade, mais il ne donne pas le résultat de cet examen. Toujours est-il que, dans ce cas, les inoculations d'essai dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin ne furent pas suivies d'accidents graves : la virulence des bactéries était donc faible.

De Wecker, avec les matières provenant du raclage

utérin de sa malade, a fait des inoculations dans l'œil de lapins sans provoquer de réaction violente.

Il est à souhaiter que l'on cultive et que l'on inocule les produits retirés des yeux présentant de l'hypopion; peut-être pourrait-on arriver à déterminer les espèces bactériennes capables de donner lieu à ces lésions et apprécier en même temps leur degré de virulence.

Dans le cas récemment présenté à l'Académie de Médecine, notre maître n'a pu recueillir de pus provenant de l'œil, puisqu'il s'agissait d'une irido-choroïdite plastique. Mais il a fait examiner les sécrétions utérines au point de vue bactériologique. Cet examen a montré la présence de staphylocoques blancs qui ont donné une culture abondante et celle d'un gros bacille dont l'espèce n'a pas été déterminée.

Il est probable que d'autres microbes peuvent occasionner des manifestations morbides du côté du tractus uvéal; mais le nombre de ces microbes doit être très restreint et leur virulence peu énergique.

Les lésions irido-choroïdiennes doivent donc être la conséquence de la pénétration dans la circulation, au moment des règles, de germes qui existent dans l'utérus durant l'époque intermenstruelle et qui ont fait irruption dans l'organisme quand la barrière épithéliale a disparu.





CHAPITRE IV



Traitement.



Nous serons bref sur le traitement ophthalmologique à instituer contre les irido-choroïdites métritiques. Ce sera celui de toute irido-choroïdite. On devra, au moment des poussées aiguës, instiller quelques gouttes de collyre à l'atropine pour prévenir la production des synéchies ou pour rompre celles qui se seraient déjà développées. On maintiendra l'œil sous un pansement occlusif. Nous avons vu des irido-choroïdites qualifiées de rebelles céder à ce simple traitement. Dans l'intervalle des poussées, on pourra faire des injections sous-cutanées d'iode qui peuvent donner les meilleurs résultats. Enfin, on devra parer à toutes les complications qui peuvent survenir.

Mais l'attention ne devra pas se détourner de la cause provocatrice de la poussée oculaire.

Toutes les fois qu'on observera chez une femme une irido-choroïdite à rechutes, on devra s'enquérir de l'état de l'utérus. Si la malade présente de la métrite, on devra traiter cette affection. Dans les cas simples, user des injections antiseptiques, des attouchements de la muqueuse utérine avec les antiseptiques, tels que la glycérine créosotée. Si l'on a lieu de croire la lésion utérine entretenue par une déviation, pratiquer le redressement. Mais, en présence de troubles persistants, comme il importe avant tout d'aller vite, le traitement gynécologique médical devra céder le pas au traitement chirurgical. Il est indispensable, en effet, de supprimer le foyer d'infection qui a pour siège l'utérus et on devra avoir recours au curettage fait avec toutes les précautions nécessaires. Notre maître a dû un beau succès à cette simple intervention; alors que tous les traitements ophthalmologiques institués antérieurement n'avaient pas donné de résultats.

Il semble que, les règles disparaissant, la surface utérine absorbe moins, les accidents génitaux tendent vers la guérison, les poussées oculaires s'arrêtent. Nous citons un cas où la ménopause a fait disparaître des accidents qui duraient depuis dix ans. La guérison spontanée de la lésion utérine a déterminé l'arrêt des poussées du côté de l'iris.





OBSERVATION I (Observation Truc. *Montpellier médical*).

*Avortement au 3^e mois. Irido-choroïdite plastique double
consécutive.*

M^{me} S..., 30 ans, élève sage-femme, a toujours été bien portante. Mariée vers 20 ans, elle a eu un enfant. Sa menstruation a toujours été régulière. Veuve depuis plusieurs années, elle s'est trouvée enceinte. Voulant cacher une situation compromettante, elle a pratiqué ou fait pratiquer sur elle l'avortement avec une sonde utérine.

Jusqu'à ce moment, la vision avait été, de loin comme de près, excellente des deux côtés.

L'avortement avait provoqué un peu de métrorrhagie. En quelques semaines, tout rentrait dans l'ordre quand les yeux furent affectés. La vue diminuait rapidement, la tête était lourde et il se produisait de la rougeur oculaire. Un médecin consulté ordonna quelques lotions chaudes et des laxatifs. Pas d'amélioration.

La vision s'affaiblissant considérablement, la malade me fut adressée.

Je constatai une vision de $\frac{1}{4}$ environ pour l'œil droit et de $\frac{1}{50}$ pour l'œil gauche. Des deux côtés on trouvait une irido-choroïdite plastique très caractérisée. Il existait en effet de la

rougeur conjonctivale bulbaire, un cercle perikératique étendu et serré, une décoloration irienne manifeste et des exsudats pupillaires avec adhérences capsulaires, larges et épais. Les milieux oculaires paraissaient légèrement troubles.

Après une instillation d'atropine, la pupille droite était irrégulière et la pupille gauche toute déchiquetée, très étroite et obstruée.

Pas de rhumatisme. Pas de syphilis. Pas de symptômes blennorrhagiques.

Je prescrivis de l'atropine à hautes doses, de l'iodure, de l'onguent napolitain, une purgation, des tampons chauds, humides, en permanence.

Convaincu par plusieurs observations antérieures, des rapports assez fréquents des troubles utérins avec les affections du tractus uvéal, je dirigeai mon interrogatoire du côté des organes génitaux. La malade me dit d'abord être très bien réglée et n'avoir aucun écoulement. La voyant un peu mal à l'aise devant certaines questions et flairant quelque tromperie, je la pressai assez vivement. Elle me dévoila alors toute son histoire génitale.

Il y avait eu grossesse, métrorrhagie, puis peu après, début de l'affection oculaire.

Les troubles utérins ont rapidement disparu par un traitement approprié et en même temps l'irido-choroïdite s'est amendée sous l'influence de l'atropine, de l'hydrargyre, etc. Trois mois après, revoyant la malade, l'état utérin est normal et l'irido-choroïdite guérie. Il reste seulement à gauche et à droite, à gauche surtout, quelques adhérences irido-capsulaires. La vision est à peu près normale.

La situation oculaire s'est maintenue depuis.

Quelle est la cause de cette irido-choroïdite double ?

La malade n'était ni rhumatisante ni syphilitique ; elle a vu

sa lésion se produire à la suite d'un avortement ; elle a guéri assez complètement et assez rapidement en même temps que les troubles utérins ont disparu.

Je crois à une cause génitale, à une infection oculaire d'origine utérine.

OBSERVATION II (Observation Pflüger. *In* S. Cohn, 16, page 74).

Observation résumée.

Pflüger eut l'occasion d'observer une épisclérite avec une irido-choroïdite chez une femme de 42 ans, sans enfants, qui avait avorté une fois. Deux frères et sœur étaient morts d'une phtisie pulmonaire. A droite, la sclérotique montrait au dessus du milieu de la cornée un foyer d'une largeur de 3 millimètres et, au bout de quelques mois, la même affection se montrait sur le même endroit de l'œil gauche. Des inflammations plus violentes de l'irido-choroïdite séroso-plastique se montraient constamment pendant la menstruation et se produisaient avec une tendance à la formation de synéchies sur les deux yeux. A la dernière attaque de cette espèce existait une plus tension sensible de l'œil droit (T+I).

OBSERVATION III (*Irido-choroïdite d'origine utérine*).

Observation X de la thèse de Lerat, 1878, communiquée par Abadie.

M^{me} Lem..., 26 ans, se présente à la clinique du docteur Abadie le 23 juin 1877.

De tempérament lymphatique, elle a eu plusieurs poussées d'impétigo dans sa jeunesse.

En 1870, variole.

Réglée à 14 ans, menstruation régulière. A 18 ans, début des douleurs abdominales.

Mariage en 1874, accouchement en 1875, quelques troubles utérins consécutifs.

En 1877, l'œil droit devient malade, les règles étant irrégulières depuis les couches. Au début, iritis contre lequel on donne des frictions mercurielles et des instillations d'atropine.

A l'arrivée à la clinique, traces d'iritis ancienne, opacités du vitré, œil gauche intact. On prescrit de la pommade mercurielle, on fait faire des sudations, enfin on donne de l'iodure de potassium à l'intérieur.

En novembre, cinq mois après le début des accidents oculaires, l'œil gauche se prend. La malade a remarqué que les aggravations de l'état fonctionnel de son œil, ainsi que ses changements apparents (injection perikératique, troubles des milieux), coïncidaient avec le moment des époques. La malade attribue une relation entre les deux phénomènes.

Elle a été soignée par un médecin pour ulcère de l'utérus, elle a de vives douleurs dans l'abdomen, surtout au moment des règles.

Les signes, du côté de l'organe de la vision, sont à droite du trouble du vitré qui voile la papille; au moment des époques, poussées aiguës où l'iris se décolore; tendances à la formation de synéchies postérieures; opacification de la cornée en certains points, si bien qu'on dirait qu'il y a une kératite interstitielle circonscrite.

Entre les règles, amélioration, mais le corps vitré reste trouble.

Comme troubles fonctionnels, on constate une diminution de la vision en rapport avec les troubles oculaires.

Quand il y a des poussées aiguës, il y a généralement quelques douleurs oculaires et orbitaires. On prescrit des frictions mercurielles et du sulfate de quinine à l'intérieur.

Depuis un mois l'œil gauche est atteint, et le processus a débuté de façon insidieuse, mais de tous points comme pour l'œil droit. Le corps vitré est trouble. Il existe quelques exsudats à la surface de la cristalloïde antérieure.

M. Abadie interprète de la façon suivante les troubles oculaires :

Pas de syphilis, pas de rhumatisme ni de goutte, mais présence de troubles utérins qui ont été le point de départ de troubles de l'innervation vaso-motrice de l'œil qui ont amené la production d'une iritis suivie bientôt de choroïdite.

OBSERVATION IV

Observation Gendron.

Marie L..., âgée de 45 ans, ne présente pas d'autres antécédents pathologique, que des douleurs rhumatismales dont elle souffre assez fréquemment. Elle n'a rien au cœur et n'est pas syphilitique.

Réglée à 14 ans, elle a eu une menstruation régulière mais avec quelques jours de retard à chaque époque. Les règles n'ont jamais été accompagnées de troubles oculaires.

Il y a deux ans et demi, les règles qui ne paraissaient que toutes les cinq semaines, commencèrent à devenir plus fréquentes. Bientôt elles devancèrent les époques et se montrèrent jusqu'à deux fois par mois. La quantité de sang perdu augmenta aussi

peu à peu. Ces phénomènes ne s'accompagnèrent pas de symptômes douloureux.

C'est à ce moment qu'apparaissent des troubles oculaires. Jusqu'alors la malade avait joui d'une vue excellente. Un jour elle aperçut dans l'œil droit, en lisant son journal, comme une mouche qui suivait la direction du regard. Bientôt la mouche devint de plus en plus sensible ; plus tard, au lieu d'une il y en eut plusieurs. Au bout d'un an cette sensation de mouches néfastes s'était compliquée d'un nuage assombrissant de plus en plus la vue. Une ombre continuelle et épaisse était tombée sur l'œil droit.

En même temps il y avait quelques flocons légers dans l'œil gauche.

Le 19 février 1889, Marie L... vint à la consultation des Quinze-Vingts. On constate alors la présence d'une choroidite exsudative, accompagnée de gros flocons du corps vitré dans l'œil droit et de légers flocons dans l'œil gauche.

L'acuité visuelle égale $\frac{1}{8}$ à droite et $\frac{1}{2}$ à gauche.

On fait prendre à la malade du salicylate de soude et de l'iodure de potassium. A ce traitement interne on ajoute des frictions mercurielles.

Pendant quelques mois Marie L... vient régulièrement à la clinique, il n'y a pas d'amélioration sensible. Ensuite elle est perdue de vue.

Le 29 juin 1890, nous revoyons la malade. Voici les changements que nous constatons dans son état. Les règles sont un peu moins fréquentes et moins abondantes depuis quelque temps, elles manquent parfois. Les phénomènes oculaires se sont amendés.

L'œil droit examiné à l'ophtalmoscope, présente dans le corps vitré une série de flocons, plusieurs en forme de longues bandes, d'autres arrondis. Il n'y a pas de fins flocons comme

dans la choroïdite spécifique. La papille est normale et saine ; à un diamètre et demi du bord papillaire et en dehors existe une large plaque d'atrophie choroïdienne à bords déchiquetés et garnis de pigment. A la périphérie existaient de petits boutons de choroïdite exsudative. L'œil gauche ne présenta rien autre chose, que des flocons très fins du corps vitré.

Toutefois, le brouillard est plus épais depuis quelques jours. Les troubles oculaires, en effet, subissent des variations très curieuses et très caractéristiques. Dans les jours qui précèdent les règles, la malade souffre de coliques et de douleurs dans le ventre. En même temps les troubles visuels augmentent. Lorsque les règles paraissent, ces symptômes s'amendent, quand elles sont passées il y a un mieux très manifeste. Nous avons nous-mêmes constaté cette amélioration le 3 juillet.

Marie L... a ses règles depuis deux jours ; le brouillard est moins épais, les flocons plus fins et moins nombreux, l'acuité visuelle égale $1/4$ à droite et $2/3$ à gauche.

OBSERVATION V

Th. Gendron, Observation XXIII.

M^{me} P..., âgée de 49 ans, jouit d'une bonne santé habituelle. Elle a été bien réglée, jusqu'à vers le commencement de l'année 1888. C'est de cette époque que datent les premiers troubles menstruels.

Les règles deviennent irrégulières tant dans les époques de leur apparition que dans la quantité de sang perdu. Elles manquent même parfois.

Vers la fin de mai 1888, la malade éprouve de légers troubles visuels de l'œil gauche, un peu de brouillard. Cependant

l'acuité visuelle égale 1 à ce moment. A l'ophtalmoscope, on ne constate que de légers flocons du corps vitré.

Le 15 juin, M^{me} P... a ses règles, mais il y a de la dysménorrhée. La vue baisse, l'acuité visuelle égale $1/2$, les flocons du corps vitré sont très gros et très nombreux. Les règles passées, la vision revient à $2/3$ et les flocons diminuent.

Les mois suivants, l'irrégularité des règles s'accroît, elles manquent parfois, mais ce qui ne manque jamais, ce sont les troubles des yeux. A chaque époque menstruelle, ou bien les règles viennent difficilement et sont accompagnées de nouvelles poussées oculaires, ou bien elles sont remplacées par ces poussées.

A la fin de l'année 1888, il existe une choroïdite assez intense; on voit de nombreux boutons exsudatifs et des flocons du corps vitré. Il y a même de nombreuses synéchies iriennes montrant que l'iris a participé au processus inflammatoire. L'acuité visuelle n'est que de $1/10$.

Pendant les premiers mois du 1889, l'état général et local s'aggrave, si bien qu'en mai 1889, l'œil est inéclairable, la vision abolie complètement; il n'y a plus de perception lumineuse. A ce moment les règles se suppriment complètement.

L'état oculaire reste le même pendant trois mois, puis il subit une amélioration graduelle. Progressivement l'œil s'éclaire, la vision revient. Aujourd'hui l'œil est éclairable, les flocons du corps vitré sont diminués, l'acuité visuelle égale $1/3$. Mais il y a des plaques d'atrophie choroïdienne.

OBSERVATION VI

Iritis métritique (De Wecker, *Sem. médicale*, 1891, p. 66).

Observation résumée.

Jeune femme mariée depuis un an, sans être devenue grosse présente un iritis à rechutes très tenace.

Pas de syphilis ni de rhumatisme, aucune altération fonctionnelle.

La seule chose qu'on observe chez elle ce sont des troubles utérins.

Examen au spéculum. — Excoriation des lèvres de la matrice, avec abondante suppuration au pourtour du col utérin.

M. de Wecker, chez cette malade, a recherché sur des lapins si les nombreux microorganismes que renferment les parties râclées dans cette endométrite, déterminaient par une introduction directe dans l'œil une réaction violente. Il n'en est rien, il n'y a pas eu de réaction inflammatoire dans l'œil des lapins.

Par le traitement de la métrite de cette malade, qui était le point de départ des accidents oculaires, ceux-ci ont disparu.

OBSERVATION VII

Irido-Choroïdite Cataméniale (Trousseau, communication à la Société d'ophtalmologie de Paris, 3 juin 1890).

Madeleine E..., âgée de 35 ans, avait joui d'une bonne

santé jusqu'à la fin de 1886, époque à laquelle elle subit une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu qui l'immobilisa 8 à 9 mois environ. Elle ne présente les traces d'aucune autre affection, le cœur même paraît indemne. Elle a toujours eu des règles régulières et peu accidentées, malgré une endométrite qui détermina de l'écoulement catarrhal.

Il y a trois ans, n'ayant jamais souffert des yeux antérieurement, elle fut prise à gauche d'une iritis assez violente mais très fugace qui apparut deux ou trois jours avant les règles et disparut au bout de cinq ou six jours après l'hémorrhagie menstruelle. A cette époque le diagnostic d'une irido choroïdite à hypopion fut porté par un oculiste parisien qui prescrivit l'atropine et le salicylate de soude, soupçonnant sans doute quelque diathèse rhumatismale. Depuis ce moment, tous les mois, pendant 28 mois, la malade a été atteinte de la même affection, soit un peu avant, presque toujours pendant, le plus rarement après l'état cataménial. Quand la maladie a éclaté, après les règles (deux fois seulement au dire de la patiente), l'œil a été simplement rouge sans la petite tache blanche (hypopion) habituelle et a rougi après quarante huit heures et deux instillations d'atropine.

Quoique obsédée par le retour des crises, Madeleine E..., en avait presque pris son parti, lorsque celles-ci cessèrent subitement, je dirai à quelle occasion.

Je vis la malade pour la première fois le 13 juin 1887. L'œil gauche était rouge, injecté, à peine larmoyant, l'iris légèrement changé de couleur et tomenteux; la pupille à demi dilatée par l'atropine était irrégulière et laissait voir sur la cristalloïde un léger piqueté, trace de synéchies rompues; dans le corps vitré un peu trouble, nageaient quelques fins flocons.

Le cinquième inférieur de la chambre antérieure était

occupé par un hypopion très liquide se déplaçant au moindre mouvement de la tête. Il n'y avait ni douleur ni photophobie; la torpidité avait toujours été et était cette fois encore un des caractères de l'affection.

Interrogée, la patiente me raconta son histoire transcrite plus haut et se montra tout à fait désolée. En effet, elle se croyait à jamais débarrassée de sa maladie, qui n'avait pas reparu depuis huit mois, époque où elle était devenue enceinte, avec suppression des menstrues et qui revenait avec ses caractères habituels exactement à la date où elle eût attendu ses règles, si l'ovule n'avait pas été fécondé.

Je ne pus qu'ordonner l'atropine; cinq jours après l'œil avait repris son aspect normal, l'hypopion s'était résorbé.

Le mois suivant, la malade accoucha à terme et fut soumise par l'accoucheur à une sérieuse désinfection locale. Les suites de couches furent excellentes, son retour de couches s'effectua sans incident, mais un jour avant l'apparition des deuxièmes règles l'iritis revint avec le même hypopion. Cette fois je pratiquai une ponction de la cornée et fis examiner le liquide, qui n'offrit que les caractères morphologiques et bactériologiques du pus ordinaire; les inoculations d'essai ne purent lui faire attribuer un cachet septique particulier, ayant été suivies d'accidents bénins.

Le quatrième jour, l'œil avait repris son aspect normal. J'engageai la malade à suivre un traitement préventif et lui prescrivis de légers purgatifs, du naphthol et du sulfate de quinine à l'intérieur, des injections vaginales phéniquées. Je ne pus obtenir qu'elle allât subir un traitement ou un simple examen chez un gynécologue qui eût modifié son endométrite ou tout au moins en eût précisé les caractères.

Le mois suivant, le deuxième jour, survint une légère injection de l'œil bien vite disparue sans traitement. Mais les qua-

trièmes règles depuis l'accouchement ramenèrent les phénomènes déjà observés, qui depuis ont reparu tous les mois sans qu'un traitement antirhumatismal (salicylate de soude) substitué au traitement antiseptique eût plus d'action que celui-ci. Le mois dernier je n'ai pas vu la patiente, qui semble s'être lassée de mes soins comme de ceux de mes prédécesseurs.

OBSERVATION VIII

Irido-choroïdite d'origine utérine. Irido-choroïdite plastique à poussées menstruelles. Endométrite glandulaire chronique à staphylocoques. Amélioration rapide de l'irido-choroïdite à la suite du curettage utérin (1).

Une jeune femme de 24 ans, mariée en 1891 et mère d'un enfant bien portant (1894), se présente à ma clinique en mai 1895. Brune, de taille moyenne, maigrelette, d'un teint pâle, son aspect indique une santé peu solide, cependant en dehors de quelques accidents survenant au moment des règles et dont on trouvera plus loin le détail, elle n'a jamais été gravement malade.

L'œil droit myope de 4 D. jouit après correction d'une acuité visuelle normale ($V = 1$). Pas de trouble des milieux, pas de staphylome postérieur, champ visuel normal.

L'œil gauche vivement injecté, très douloureux spontanément et à la pression, hypotone ($T = - 3$) est le siège d'une scléroido-choroïdite fibrineuse ayant déterminé l'occlusion à peu

(1) Observation due à MM. Vignes et Batuaud, présentée à l'Académie de Médecine de Paris, le 16 juin 1896.

près complète de la pupille. — Les douleurs sont tellement vives que la malade dont la vision gauche est perdue, ne demande qu'à être soulagée et cela au prix même de l'énucléation.

Le début de l'affection remonte à 1892, époque du mariage de la malade. L'affection procède par poussées successives et après chacune de ces poussées, l'œil reste plus malade, et cela malgré le traitement mis en œuvre par un confrère.

Avant d'en arriver à l'énucléation que la malade réclame, je prescrivis la révulsion ignée sur le globe oculaire, jointe à l'emploi de l'iode en injections sous-cutanées. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs cessèrent, l'affection s'atténua, et la sclérotique qui nous avait paru légèrement ectatique dans la région ciliaire, dans son quart supéro-externe, reprit ses contours habituels, enfin le tonus sembla un peu relevé. En somme l'amélioration fut telle qu'en présence d'une légère perception lumineuse qu'accusait la malade, je proposai le 5 juin l'iridectomie.

L'excision de l'iris fut faite largement par kératotomie supérieure; elle permit de reconnaître les gros objets (la malade compte les doigts à un mètre), en même temps que la tension s'élève et diffère peu de celle de l'œil droit toujours normale.

Les choses en restaient là jusqu'à la fin du mois d'août 1895, la malade revient à nous avec une poussée d'iridocyclite grave du côté droit, jusqu'alors indemne : Synéchies épaisses, trouble de la chambre antérieure, mais surtout flocons du vitré.

Les accidents se dissipent en quelques jours, pendant lesquels on instille matin et soir l'atropine et on administre l'iode.

En septembre, octobre, novembre, mêmes poussées survenant périodiquement pour s'éteindre après quelques jours (une semaine environ de durée).

La vision décline progressivement et tombe à 0,05 puis à 0,02, malgré le traitement. Pendant ce temps, le champ visuel perd de son étendue et devient S. E II = 20, 55, 60, 45.

Or c'est à chaque période cataméniale, dans les deux ou trois jours qui précèdent, que survient la poussée, procédant chaque fois de la même façon : douleurs vives dans l'œil s'irradiant le long des filets du trijumeau, injection ciliaire, trouble des milieux. — L'amélioration se montre dans les quelques jours qui suivent la fin des menstrues et dans la période intercalaire, la vision se relève mais restant toujours moindre que le mois précédent.

C'est, comme nous l'avons dit, vers l'époque du mariage de la malade que l'affection a débuté pour l'œil gauche. — Une grossesse survient et, pendant toute la durée de cette grossesse, cet œil cesse de subir des poussées périodiques. Après l'accouchement, dès le retour des règles, nouvelles poussées sur l'œil gauche, puis sur l'œil droit et cela à chaque époque menstruelle.

Ce fait étant bien établi, en présence de l'insuccès du traitement ophthalmologique, je songe à faire examiner la malade au point de vue gynécologique, pour rechercher si l'affection oculaire n'a pas son point de départ dans l'utérus, et pour voir en désespoir de cause, si le traitement gynécologique pourra améliorer une situation qui devient de jour en jour plus grave.

Le docteur Bartaud constate une endométrite glandulaire à staphylocoques et pratique le curettage.

Avant cette opération la vision était tombée à 0,02 ; peu à peu elle se relève, si bien que le 20 janvier elle est de 0,4 et le 1^{er} mars de 0,6.

Pendant ce temps, les corps flottants ont diminué en

nombre et en volume dans les milieux transparents, et l'amélioration se maintient jusqu'à ce jour (1^{er} juin 1896).

L'amélioration a donc été rapide et tout nous permet d'espérer, après six mois d'observation, qu'elle sera durable.

Partie gynécologique de l'Observation (1)

M^{me} M..., âgée actuellement de 24 ans, adressée par le docteur Vignes qui désire savoir si cette malade est atteinte d'une affection utérine susceptible d'entraîner les accidents oculaires rapportés plus haut

Réglée à 11 ans régulièrement dès le début, ses règles étaient très peu abondantes, duraient de deux à trois jours et étaient précédées de vives douleurs. Pas de maladies aiguës pendant l'enfance. Pas de pertes blanches étant jeune fille. Mariée à 20 ans. Ses règles ont continué à être douloureuses jusqu'à la grossesse survenue en 1894 ; la malade n'a pas remarqué qu'elle eût des pertes blanches ni des douleurs dans le ventre en dehors des douleurs menstruelles.

Grossesse très bonne, terminée par un accouchement à terme le 15 octobre 1894. L'accouchement naturel est fait, sans précautions antiseptiques, par une sage-femme qui ne s'est lavé les mains ni avant, ni pendant l'accouchement, ni pendant la délivrance. Telle est vraisemblablement l'origine de l'affection actuelle (nous sommes sans renseignements sur l'état de l'utérus avant la grossesse) et de l'infection staphylococcique constatée à l'examen bactériologique. Néanmoins, il n'y eut ni fièvre bien considérable (la température n'a pas été prise une seule fois), ni nausées, ni ballonnement du ventre,

(1) Due à l'obligeance de M. le docteur Batuaud.

ce qui fait supposer que l'infection n'atteignit ni les annexes ni le péritoine.

Dès les premiers jours qui ont suivi l'accouchement, la malade a commencé à souffrir dans le bas ventre, autour de l'ombilic et au niveau de la région lombo-sacrée ; douleurs pas très intenses, mais continues.

Lever au bout de trois semaines et reprise des travaux du ménage. La malade est très affaiblie et doit, après deux mois d'allaitement, renoncer à nourrir son enfant. Trois semaines plus tard (fin décembre 1894), retour de couches accompagné d'une poussée du côté des yeux, ainsi qu'à toutes les règles qui ont suivi. Ses règles sont régulières, toujours peu abondantes, mais beaucoup moins douloureuses qu'avant l'accouchement.

Depuis l'accouchement, pertes blanches peu abondantes, mais constituées par un liquide louche, légèrement purulent.

L'examen bi-manuel pratiqué le 7 novembre 1895 démontre que l'utérus est augmenté de volume, sensible à la pression, en antéversion mobile, le corps légèrement dévié à droite par rétraction du ligament large du même côté. Pas de lésions appréciables des annexes. Col déchiré transversalement avec ectropion antérieur. Le curettage d'exploration démontre que la muqueuse de la cavité utérine est notablement augmentée d'épaisseur.

Diagnostic. — Subinvolution de l'utérus ; endométrite glandulaire, endocervicite avec ectropion antérieur. Résidu de paramétrite puerpérale (rétraction très légère du ligament large droit).

L'examen bactériologique pratiqué par M. Lavillauroy ayant permis de déceler la présence du staphylocoque blanc et d'un autre microbe indéterminé dans la cavité de l'utérus, il est logique de penser que l'infection utérine est le point de

départ des poussées qui se font à chaque époque menstruelle du côté des yeux.

Nous attendons, en conséquence, que les règles soient passées, et dix jours plus tard, le 2 décembre 1895, je pratique avec l'aide du docteur Gallot, à la clinique du docteur Vignes le curettage soigneux de la cavité utérine et le hersage du canal cervical suivi d'un râclage énergique de ce canal. Pour plus de sûreté, je termine par une application intra-cervicale de chlorure de zinc à 10 o/o. Pansement à la gaze iodoformée.

Le pansement est renouvelé tous les quatre jours ; chaque fois on peut s'assurer qu'il n'y a aucune sécrétion pathologique venue de l'utérus.

Le 18 et 19 décembre 1895, règles à peine marquées ; le 20, la malade sort de la clinique et reprend ses occupations habituelles.

La malade n'éprouve plus aucune douleur dans le ventre ni dans la région lombo-sacrée ; les pertes blanches sont tout à fait taries ; elle peut donc être considérée comme complètement guérie. Néanmoins, par surcroît de précaution et pour éviter toute chance de réinfection conjugale ou autre, nous la maintenons sous le pansement iodoformé, changé tous les quatre jours. On le retire toujours, parfaitement propre jusqu'aux règles suivantes qui surviennent le 18 janvier 1896.

Ces règles durent deux jours, sont plus fortes qu'il y a un mois, mais néanmoins peu abondantes.

L'état local continue depuis lors à être satisfaisant et la guérison se maintient.

Examen histologique du produit du raclage utérin et bactériologique du liquide qui s'écoule de l'utérus. (Examen fait par M. Lavillauroy.)

La muqueuse utérine est très épaissie, fongueuse. Par places, à sa surface, on trouve un revêtement épithélial formé

par une rangée de cellules cylindriques. En d'autres points, ce revêtement épithélial fait défaut, et on constate alors que les parties sous-jacentes présentent un grand nombre de cellules embryonnaires.

Dans la partie profonde de la muqueuse, on est frappé du développement considérable des glandes qui sont tapissées par un épithélium cylindrique. Dans la cavité des glandes les plus développées, on voit un exsudat réticulé au milieu duquel on remarque des parties grenues, des leucocytes, des filaments provenant de la coagulation de la sécrétion glandulaire. Enfin autour de ces glandes la muqueuse présente une congestion intense avec multiplication cellulaire abondante et présence d'un grand nombre de cellules embryonnaires.

Il s'agit donc d'une métrite parenchymateuse avec inflammation violente de toutes les parties constituantes de la muqueuse, inflammation ayant de bonne heure envahi les glandes et s'étant propagée de là aux parties voisines.

Les sécrétions utérines recueillies à l'aide d'une pipette dans la cavité utérine ont donné une culture de staphylocoque blanc et une culture de gros bacilles dont la nature n'a pas été déterminée.

OBSERVATION IX (Personnelle).

M^{me} Danaux, 55 ans, vient d'Avallon à la clinique du docteur Vignes pour se faire soigner les yeux.

Jamais malade antérieurement, pas de syphilis, pas de rhumatisme, pas de maladies infectieuses, sauf une rougeole dans son enfance.

Réglée à 15 ans, les règles venaient régulièrement et duraient quatre jours environ.

Deux grossesses terminées à terme ; pas de phénomènes infectieux consécutifs. Depuis 10 ans cependant elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, au moment des règles, en même temps que de douleurs dans la région lombaire. De plus ses règles qui étaient régulières autrefois, sont devenues irrégulières. Elle a eu de fréquentes métrorrhagies.

Les troubles pour lesquels elle vient consulter datent de 10 ans ; ils n'ont fait leur apparition qu'insensiblement ; la première fois qu'ils ont attiré l'attention de la malade, c'était au moment de ses règles. Il lui semblait voir, dit-elle, des grains de sable passer devant les yeux. Ces troubles ont cessé en même temps que l'écoulement de sang. Mais, depuis cette époque, toujours au moment des pertes sanguines, la vue était trouble et la malade éprouvait des céphalées, et des douleurs dans la région périorbitaire. L'affection a donc procédé par poussées et la vue est devenue de plus en plus mauvaise.

Elle a consulté à diverses reprises des médecins qui lui ont prescrit des purgatifs, des instillations de collyre dont elle ne peut définir la nature. Malgré des traitements ophtalmologiques multiples, les accidents, les poussées menstruelles ont persisté jusqu'au moment de la ménopause qui s'est produite à 54 ans. Alors seulement elle vient à la clinique du docteur Vignes.

Celui-ci constate que la vision est très faible. A gauche, il y a seulement persistance de la perception lumineuse ; à droite la vision est de 1/10. L'œil gauche présente un iris aminci ; on constate une exclusion pupillaire due à une synéchie annulaire complète ; cet œil est hypotone.

A droite, il existe de nombreuses synéchies qui sont très résistantes ; elles ne cèdent pas à l'instillation de collyre à 1° atropine. La tension est de — 1.

La malade n'a pas eu de nouvelles poussées depuis un an,

c'est-à-dire depuis la ménopause ; mais le visus est insuffisant, aussi propose-t-on une iridectomie double.

A gauche, l'iridectomie porte l'acuité visuelle à 2/10, tandis qu'avant l'opération il y avait seulement perception lumineuse.

A droite l'iridectomie est pratiquée, mais, comme le cristallin se cataractise, en on fait l'extraction : l'acuité visuelle est alors de 2/10.

Trois mois après cette intervention, en juin 1896, la malade est revue et on constate le maintien du terrain gagné.





CONCLUSIONS



Les lésions infectieuses du côté de l'utérus ont une place dans l'étiologie des irido-choroïdites.

Elles donnent lieu à des irido-choroïdites séreuses, plastiques, ou à hypopion, souvent frustes au début, à marche lente et progressive, à poussées successives, qui peuvent provoquer la perte de la vision.

Elles reconnaissent comme pathogénie l'infection par des germes, mais cette infection semble être une infection atténuée.

Le traitement ophthalmologique est insuffisant. On devra traiter aussi la lésion utérine et supprimer de la sorte la cause de l'infection.





BIBLIOGRAPHIE

- Graves*. — 1833. Med. and chirurg. journal.
- Brière de Boismont*. — Traité de la menstruation. Paris, 1842.
- Mackenzie*. — Maladies des yeux. 1852.
- De Wecker*. — Traité d'ophtalmologie. 1867.
- Denis*. — Th. de Paris, 1874. Nature et traitement des différentes formes d'irido-choroïdite.
- Kay*. — Maladies de l'œil dépendant de la suppression des règles. In Amer. jour. of med. sc.
- Caudron*. — In Gaz. des hôpitaux, 1878.
- Thaon*. — Thèse Paris, 1878. Affections de l'œil liées à la menstruation.
- Levat*. — Th. Paris, 1878. Lésions de nutrition liées à la menstruation.
- Georgeon*. — Œil et organes génitaux. Rapports pathologiques. Th. Paris, 1880.
- Metaxas*. — Troubles oculaires de la grossesse et de l'accouchement, Th. Paris, 1882.
- Oursel*. — Affections de l'œil dans les troubles de la menstruation. Th. Paris, 1884.

- Dor.* — Annales d'oculistique, 1884.
Cohn. — Uterus und Auge Wiesbaden, 1890.
Trousseau. — Société française d'ophtalmologie. Juin 1890.
Panas. — Journal de Championnière, 1887, p. 536.
Badal. — Archives d'ophtalmologie, février 1886.
Puech. — Influence de la menstruation sur l'apparition d'accidents oculaires. Arch. d'opht., 1889, p. 410.
Noblot. — Essai sur les affections oculaires liées à la menstruation. Th. Bordeaux, 1889.
De Wecker. — Iritis métritique. Semaine médicale, 29 avril 1891.
Truc. — Montpellier médical, mai 1891.
Grandclément. — Lyon médical, 11 janvier 1891.
Pergoire. — Rapports des troubles menstruels et des troubles oculaires. Th. 1892.
Janot. — L'œil utérin. Th. Montpellier, 1892.
Rancurel. — Th. Paris, 1892.
Gillet de Grandmont. Nature microbienne des ophtalmies profondes. In Arch. opht., n° 10, 1892.
Bastide. — Th. Paris, 1893. Troubles de l'œil dans la puerpéralité.
Salies. — Th. Paris, 1894. Iritis dans la pathologie générale.
Panas. — Maladies des yeux. T. I, page 310.
-

Vu : Le Président de la Thèse,
PANAS.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.

